



8186 Lark Brown Road Elkridge MD 21075
 10981 Johns Hopkins Road Laurel MD 20723
 (410) 730-3399



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR INFORMACIÓN MÉDICA Y/O FINANCIERA A OTROS

Yo, _____ autorizo a las siguiente persona(s):
 (Imprimir nombre)

_____ (Imprimir nombre) Relación al paciente: _____

_____ (Imprimir nombre) Relación al paciente: _____

_____ (Imprimir nombre) Relación al paciente: _____

_____ (Imprimir nombre) Relación al paciente: _____

para llevar a cabo las siguientes actividades en mi nombre con un médico, enfermero(a) practicante o miembro del personal de Centennial Medical Group (CMG).

Por favor marque todo lo que está autorizando:

Acceso completo a mi información médica, financiera y de programación de citas.

O

Hacer y cancelar citas en mi nombre.

Solicitar y discutir información médica (incluyendo medicamentos).

Manejar y discutir registros e información financiera.

Entregar y recoger información a / de CMG en mi nombre.

Otro (por favor describa): _____

Esta autorización es efectiva desde: _____ hasta _____ **O**

Indefinidamente (circule).

 (Firma del paciente)

 Fecha de Nacimiento

 Fecha de hoy